

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 103

Les Vomissements

dans la

Sténose du Pylore.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la **FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON**

et soutenue publiquement le 12 Mai 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Stéphane CRETTEZ

né à THONES (Haute-Savoie) le 17 Janvier 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

LES VOMISSEMENTS
DANS LA STÉNOSE DU PYLORE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 103

Les Vomissements

dans la

Sténose du Pylore.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Mai 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Stéphane CRETTIEZ

né à THONES (Haute-Savoie) le 17 Janvier 1896.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSEBRAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOHEL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. VILLARD, *président*, M. CADE, *assesseur*

MM. SAVY et DUROUX *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce travail, humble témoignage de ma profonde reconnaissance et de tout mon amour filial.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Je le prie d'agréer mes vifs remerciements pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant de présider la soutenance de cette thèse. Il n'a cessé de me témoigner la plus grande bienveillance. Je suis très heureux de pouvoir lui exprimer ici ma profonde gratitude.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Je lui dois le sujet de ce travail, de nombreuses directions, de savants conseils. Il m'a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant. Qu'il veuille bien me permettre de lui offrir l'hommage de ma sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE LYON.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES VOMISSEMENTS DANS LA STÉNOSE DU PYLORE.

INTRODUCTION

En 1920, à l'Hôtel-Dieu, salle Chavanne, entrain une jeune fille présentant des vomissements incoercibles survenant peu de temps après chaque repas, et dont l'état général était des plus alarmants.

Soignée depuis plus de quatre ans, cette malade était envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de vomissements névropathiques. La radioscopie permit de déceler une sténose du pylore, qui fut vérifiée opératoirement.

- De pareilles erreurs dues à des modifications du caractère des vomissements étant relativement fréquentes, nous avons, sur les conseils de M. le Professeur Agrégé Savy, recherché les différentes formes que peut revêtir le vomissement chez l'adulte au cours d'une sténose pylorique ancienne.

C'est le résultat de ces recherches que nous nous proposons d'exposer dans cette thèse.

Avant de commencer notre travail, nous avons l'agréable devoir d'adresser nos remerciements à nos Professeurs de la Faculté de Médecine et à nos Maîtres des Hôpitaux de Lyon.

Nos hommages de vive reconnaissance vont tout d'abord à M. le Professeur Villard. C'est sous sa direction que nous avons débuté en médecine. Pendant de nombreux mois nous avons eu la bonne fortune d'être admis dans son service et de bénéficier de son précieux enseignement. Nous conservons toujours le souvenir de sa bienveillance extrême et de l'intérêt qu'il nous a constamment témoigné.

Nous remercions également M. le Professeur Agrégé Savy qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous en a fourni de nombreux matériaux et nous a aidé de ses conseils bienveillants et éclairés.

Nous sommes heureux d'exprimer notre respectueuse gratitude à M. le Professeur Mouriquand, M. le Professeur Agrégé Cade, MM. les Docteurs Bouchut, Desgouttes et Bériel, Médecins des Hôpitaux, qui ont eu la bienveillance de nous admettre dans leurs services, nous y ont accueilli avec la plus grande bonté et nous ont ainsi permis de profiter de leurs savantes et captivantes leçons.

Nous remercions enfin tous ceux qui nous ont aidé et conseillé dans l'exécution de ce travail et en parti-

culier M. le Docteur Martine, interne des Hôpitaux,
à la bonne amitié de qui nous n'avons jamais fait
appel en vain.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie générale des vomissements dans la sténose du pylore.

Si le vomissement rente dans le cadre de la symptomatologie fonctionnelle de nombreuses affections, il n'y a guère que dans la sténose du pylore, où revêtant une forme particulière, il soit considéré comme ayant à lui seul une signification pathognomonique.

Cette forme particulière, la plus fréquemment rencontrée dans les affections sténosantes du pylore, peut être envisagée comme passant par trois stades avant d'acquérir toute sa valeur diagnostique.

Au début de tout rétrécissement pylorique, à moins que l'évolution ne soit d'une rapidité exceptionnelle, il est de règle de constater l'absence de vomissements. En effet l'occlusion pylorique étant incomplète, l'énergie contractile du muscle stomacal conservant encore son intégrité, est suffisante pour faire progresser dans l'intestin grêle le chyme gastrique.

Au fur et à mesure que l'affection évolue et devient de plus de plus en plus sténosante les caractères changent. La régularité des vomissements survenant après chaque repas est constatée d'une façon à peu près constante. Ces vomissements, d'abondance moyenne, renfermant des aliments ingérés au dernier repas, rarement ceux de la veille, s'accompagnent d'une re-cruescence des phénomènes douloureux qui a son explication dans la lutte du moteur stomacal contre l'obstacle à franchir. A ce stade, en effet, le pylore ne peut plus être franchi, et c'est en vain que l'estomac, dont les fibres ont conservé toute leur énergie, lutte pour vaincre l'obstacle pylorique, créant ainsi une douleur plus ou moins vive suivant les sujets ; ces douleurs seront le point de départ d'un réflexe qui amènera le rejet des aliments hors de l'estomac.

Cette lutte du muscle gastrique contre l'obstacle plus ou moins infranchissable se traduit cliniquement, indépendamment des ondes péristaltiques sur lesquelles nous n'insisterons pas, par une sensation *de boule* accusée par le malade, boule qui se déplace dans l'abdomen de la gauche vers la droite.

L'affection évoluant et le muscle gastrique s'épuisant progressivement, des modifications apparaissent dans l'allure de ces vomissements. Ceux-ci prennent un caractère très particulier et pathognomonique de la sténose du pylore de date ancienne.

Au lieu de se montrer quotidiennement, ces vomissements apparaissent tous les trois ou quatre jours, s'espçant de plus en plus au fur et à mesure de l'ancienneté de la sténose. Mais ce qu'ils perdent en fré-

quence, ils le gagnent par contre en abondance. A chaque débâcle gastrique la masse vomie est considérable, atteignant d'ordinaire plusieurs litres de liquide dans lequel la stase déborde l'hypersécrétion. Le contenu gastrique évacué a une odeur rance, nauséabonde, sa couleur est variable : tantôt verdâtre par reflux biliaire, tantôt brunâtre lorsqu'une certaine quantité de sang, ce qui se voit surtout dans les néoplasmes encéphaloïdes, s'est mélangée au contenu gastrique. Mais, et cette constatation est des plus caractéristique, le liquide de vomissement renferme des débris alimentaires altérés et décomposés parmi lesquels le malade reconnaît aisément la présence de fragments d'aliments ingérés plusieurs jours auparavant, en particulier des légumes : carottes, haricots verts, petits pois, ou des farineux : vermicelles ou macaronis. Il est rare de retrouver des fragments de viande, sauf dans le cas où la sécrétion chlorhydropeptique se trouve fortement diminuée ou même abolie, ce qui est du reste en faveur d'une lésion néoplasique.

Parallèlement à ces modifications du vomissement la douleur change de caractère. Elle ne se traduit plus que sous forme de pesanteur ou de tension épigastrique, disparaissant lorsque l'estomac a été vidé soit à la sonde, soit à la suite d'un vomissement, pour réapparaître et s'accroître au fur et à mesure de la réplétion de la poche gastrique.

L'explication de l'apparition de ces grands vomissements est des plus simples. Après une période, plus ou moins longue, de lutte contre l'obstacle pylorique,

l'estomac fatigué perd peu à peu de sa contractilité et est obligé de se laisser distendre, ne réagissant plus qu'à l'extrême limite de l'élasticité de sa tunique musculaire. Il se comporte, dès lors, comme une véritable poche inerte ne s'évacuant que lorsqu'elle est gonflée, dilatée à l'excès.

Ce vomissement de stase, ce grand vomissement alimentaire, est typique s'une sténose pylorique organique.

Toutes les sténoses du pylore ne se comportent pas ainsi. Dans une sténose par obstacle matériel, qu'il s'agisse d'un néoplasme, d'un anneau fibreux développé par un ulcus toujours en activité, plus rarement d'une bride péritonéale, l'affection évolue d'une façon chronique, sans aucune accalmie : les vomissements se répétant très régulièrement, la stase débordant l'hypersécrétion.

Mais il en existe une deuxième variété, également très fréquente, réalisée par une contracture spasmodique de l'anneau pylorique. Cette dernière est essentiellement le fait de la maladie ulcéreuse, que l'ulcération siège franchement au pylore ou à distance de celui-ci : duodénum et même petite courbure, ainsi que l'a signalé récemment M. BOUCHUT. Dans cette sténose spasmodique les vomissements peuvent disparaître par périodes, mais ils sont constitués principalement par un liquide chaud et acide (ici l'hypersécrétion déborde la stase) réalisant le syndrome de REICHMANN.

D'après ces notions, il ne faudrait pas croire qu'une sténose pylorique doit être fatalement rangée dans

une de ces deux catégories et la considérer comme consécutive à un obstacle organique ou bien à un spasme. En réalité de nombreuses sténoses présentent un caractère mixte, résultant de la présence d'un obstacle permanent et d'un spasme surajouté épisodiquement, variant suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces éléments.

Ces grands vomissements d'une haute valeur diagnostique ne suffisent pourtant pas à affirmer l'obstacle pylorique. Ils représentent un symptôme absolument banal et même lorsqu'ils sont abondants, espacés, renfermant des fragments alimentaires ingérés plusieurs jours auparavant, il faut toujours rechercher les signes objectifs et organiques : tension intermittente, ondes péristaltiques, clapotage à jeun, pratiquer une exploration à la sonde et surtout un examen radioscopique avant de s'arrêter au diagnostic de sténose pylorique. L'examen radioscopique, comme nous le verrons plus tard, permet d'affirmer la sténose alors qu'elle est encore incomplète et pourrait, de ce fait, passer inaperçue. On évitera aussi, grâce à cette méthode d'investigation, de prendre les grands vomissements alimentaires, signalés par M. SARGNON sous le titre « *Le Mégaoesophage* » dans le « journal de Médecine de Lyon » du 5 mars 1921, résultants d'une dilatation de l'oesophage formée au-dessus d'une sténose de cet organe ou du cardia, comme étant la traduction d'une sténose pylorique.

CHAPITRE II

Les vomissements précoces.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SAVY

Médecin des Hôpitaux.

Vomissements incoercibles depuis quatre ans survenant presque immédiatement après les repas et considérés comme névropathiques.

Etat d'inanition extrême consécutif ; amaigrissement considérable ; acétonémie, parotidite, œdèmes.

Sténose pylorique cicatricielle.

Gastro-entérostomie. Guérison rapide.

C... FLORENCE, 21 ans.

Entre à la salle Chavanne; service de M. le Professeur agrégé Savy, le 20 octobre 1920, pour vomissements incoercibles.

Antécédents. — Pas d'antécédents soit héréditaires, soit personnels.

La maladie a débuté il y a quatre ans, et le premier symptôme fut des vomissements sans douleurs, survenant deux ou trois fois par semaine, généralement dans l'après-midi, peu abondants et renfermant une petite quantité d'aliments.

Pendant plusieurs mois cet état fut stationnaire, la malade ne maigrissant pas.

Au mois de septembre 1917, c'est-à-dire quatre ou cinq mois après le début de la maladie, elle va consulter et on lui dit qu'il s'agissait de vomissements nerveux. Depuis cette époque la malade, vomissant tous les jours, fut traitée à la « Villa des Roses » pendant six semaines et en revint non améliorée. Dès lors les symptômes ont persistés, analogues à ceux que l'on a constaté actuellement, avec des périodes de légère amélioration mais sans sédation complète.

A l'entrée. — Les symptômes sont les suivants :

I° Vomissements à peu près incoercibles survenant plusieurs fois par jour après tous les repas.

Ces vomissements apparaissent plus ou moins longtemps après les repas, variant avec les jours, débutant au plus tôt un quart d'heure, au plus tard trois heures après l'ingestion d'aliments. Ils ne sont pas instantanés, mais se produisent presque sans effort, renfermant tout ce que la malade a ingéré au repas précédent, quelquefois plus, quelquefois moins. Exceptionnellement, elle aurait reconnu le lendemain des aliments ingérés la veille (vermicelles). Quelquefois au vomissement alimentaire et une heure après succède un vomissement de liquide acide ou bilieux.

II° Des douleurs.

Pendant les premiers temps les vomissements survenaient sans douleurs, mais actuellement apparaissent des douleurs presque tout de suite après avoir mangé, ne cessant qu'après le vomissement. Ce sont des douleurs supportables, analogues à une sensation de tiraillement, se prolongeant dans les reins et dans le dos, au milieu, à droite, à gauche. En outre, la malade a parfois des « *crampes d'estomac* » très violentes qui n'aboutissent pas aux vomissements, ayant déjà vomi le repas du soir. Ces crises sont atroces et durent d'une à deux heures.

III° Des hématomèses.

La malade dit avoir vomi du sang à plusieurs reprises. Ces hémorragies se répètent plusieurs fois par mois depuis quatre ans, elles surviennent immédiatement après les vomissements. Elle rejette au maximum un bol, mais depuis longtemps la quantité varie entre une demi-tasse et une cuillère à café. Elle n'a pas remarqué de mélæna, mais est très constipée.

IV° Etat général.

La malade est extrêmement amaigrie, elle a perdu *trente-trois kilogs* en quatre ans, ses règles ont complètement disparu, le visage est pâle, l'haleine a une odeur d'acétone, la langue est normale, l'appétit est conservé, sauf par périodes, assez rares d'ailleurs. Constipation habituelle. Elle prend surtout des œdèmes brusques au visage et aux mains qui durent trois ou quatre jours, dit avoir parfois des taches rappelant du purpura et se plaint d'une sensation de froid continuelle.

L'analyse des urines faite par M. PORTERET donne les résultats suivants :

Sucre : Pas de traces.

Acétone : Réaction nette.

Acide diacétique : Réaction nette. (Proportion assez importante.)

A l'examen. — Aspect très amaigri, squelettique, ventre en bateau accentué. Toute la région épigastrique est douloureuse, *pas d'ondes péristaltiques, pas de clapotage à jeun*,

Les parotides et les glandes sous-maxillaires sont nettement visibles et tuméfiées.

Rien au cœur, 64 pulsations à la minute.

L'examen des autres organes demeure négatif.

A la radioscopie. — « Estomac bas situé au voisinage du pubis, se contractant énergiquement sans pouvoir voir le passage duodénal ; en outre la portion verticale n'est pas injectée. On voit à la partie inférieure de la poche d'air une petite zone obscure, reliquat bismuthé qui se vide petit à petit dans la portion verticale. »

22 octobre 1920. — Intervention (D^r DELORE).

Laparatomie sus-ombilicale. On trouve un estomac abaissé, un peu grand. L'examen du pylore semble montrer de la contracture et un état cicatriciel.

Gastro-entérostomie postérieure trans-mesocolique à la suture. *L'exploration du pylore montre qu'il est fermé par une sorte de bride dure cédant difficilement sous le doigt.*

10 novembre 1920. — La malade revient dans le service très améliorée. Elle présente encore de l'œdème des membres inférieurs. Les parotides et les sous-maxillaires sont beaucoup moins tuméfiées.

La malade mange des potages, de la purée, des œufs et n'éprouve aucune douleur particulière.

Pas de diarrhée, plutôt de la constipation.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SAVY

Médecin des Hôpitaux

Vomissements à type névropathique à l'âge de 21 ans pendant trois mois.

Vomissements incoercibles au cours de cinq grossesses très rapprochées.

Vomissements à type névropathique entre deux grossesses pendant trois mois à l'âge de 30 ans.

Reprise des vomissements depuis septembre dernier (1921) toujours sans douleur, mais d'un type différent : grands vomissements de stase renfermant des aliments ingérés la veille.

Gros amaigrissement.

Signes cliniques très nets de sténose pylorique (liquide de stase retiré à jeun, ondes péristaltiques). La nature ulcéreuse ou néoplasique est à discuter.

Sténose pylorique cicatricielle très ancienne. Gastro-entéro-anastomose.

B... JEANNE, 38 ans, ménagère.

Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Chavanne, le 5 décembre 1921, pour *des vomissements incoercibles*, existant depuis plusieurs années et revenant par périodes.

Antécédents. — On ne trouve dans les antécédents de la malade ni bacilliose, ni éthylisme, ni spécificité.

C'est à l'âge de 21 ans, c'est-à-dire *il y a dix-sept ans*, qu'elle a présenté pour la première fois des vomissements *survenant dès après le repas et sans douleurs*. Ces phénomènes durèrent trois mois et guérirent spontanément.

A 27 ans, c'est-à-dire *il y a onze ans*, au cours d'une première grossesse, elle fut prise *de vomissements incessants*, considérés comme *liés à la grossesse*, s'accompagnant d'un très gros amaigrissement, puisque la malade pesait 56 kilos à terme, contre 59 avant qu'elle ne soit enceinte.

Au cours de *quatre autres grossesses*, les *mêmes phénomènes vomitifs se reproduirent*. Ils cessaient avec l'accouchement, mais, *il y a huit ans, alors que la malade n'était pas enceinte*, elle eut, pendant trois mois, une nouvelle crise de vomissements incoercibles qui furent étiquetés à cette époque : *vomissements névropathiques*.

A l'entrée. — La malade entre à l'hôpital pour des vomissements apparus de nouveau depuis quatre mois. Ils se produisent après la plupart des repas, *sans aucune douleur*, et renferment parfois des aliments ingérés la veille, l'amaigrissement est considérable et on constate des signes nets de sténose pylorique : ondes péristaltiques et clapotage à jeun.

La cause de cette sténose est à discuter. Une cicatrice d'*ulcus* paraît probable, mais jamais la malade *n'a éprouvé de douleurs*. L'hypothèse de néoplasme paraît peu pro-

bable, en raison des vomissements qui existent depuis l'âge de 21 ans.

La radioscopie confirme le diagnostic de sténose pylorique.

Dans le liquide gastrique, retiré à jeun, on trouve :

HCl libre	1,47
HCl combiné	traces
Acides de fermentation ...	»
Acidité totale	1,90
Sang	0

Après le repas d'épreuve, les résultats sont les suivants :

HCL libre	1,73
HCl combiné	traces
Acides de fermentation ...	»
Acidité totale	2,45
Sang	0

12 *Décembre*. — La malade passe dans le service de M. le Professeur TIXIER. On trouve à l'intervention une sténose pylorique serrée, provenant d'un ulcus cicatrisé. Gastro-entéro-anastomose.

28 *Décembre*. — La malade, très améliorée, ne vomit plus, reprend du poids et revient salle Chavanne. Cependant, à la palpation, on sent comme une tension de l'estomac qui dessine l'organe sous la peau, sans ondes péristaltiques véritables.

18 *Janvier*. — La malade demande à sortir. Elle a repris 2 kilogs en 15 jours.

Au point de vue local, l'abdomen est toujours ballonné et les digestions sont lentes mais sans vomissements. La malade se plaint, sans qu'il ait été possible de le constater dans le service, d'avoir encore, de temps à autre une sensation de boule qui roule dans l'estomac.

Pas de signes cliniques ou radioscopiques de rétention.

OBSERVATION III

Sténose pylorique à forme vomitive : vomissements alimentaires une heure après chaque repas.

Néoplasme du pylore. Gastro-entéro-anastomose.

B... JEANNE-MARIE, 52 ans, ménagère.

Entre le 30 juin 1921, salle Chavanne, pour des *vomissements* apparus depuis trois mois, *survenant après tous les repas* et d'une manière assez précoce (une heure environ après l'ingestion alimentaire).

Antécédents. — Rien à signaler.

Les troubles digestifs ont apparu assez rapidement, il y a quelques mois, précédés d'une diarrhée abondante et noirâtre.

L'appétit est conservé.

Les vomissements sont précédés de renvois aigres et de sensation de brûlure, ils renferment les aliments qui viennent d'être ingérés et exceptionnellement ceux de la veille.

A l'entrée. — Etat général très précaire, la malade a perdu 17 kilos depuis le début de l'affection.

L'examen objectif révèle simplement l'existence d'une petite tumeur épigastrique. On fait le diagnostic de néoplasme du pylore et une opération d'urgence est pratiquée par M. le Docteur DELORE : Gastro-entéro-anastomose. L'exérèse de la tumeur est réservée pour un second temps.

14 *Juillet.* — La malade quitte le service en très bon état ; elle doit revenir pour une seconde intervention.

2 *Septembre.* — La malade qui, depuis son intervention, *n'a pas vomé* et présente un bon état général, revient dans le service pour le deuxième temps. (Extirpation du néoplasme.)

5 *Septembre.* — Laparatomie sus-ombilicale. La tumeur a progressé considérablement, surtout du côté du duo-

dénum. Actuellement, elle est complètement fixée et ne peut être extériorisée.

18 *Septembre*. — La malade quitte le service, guérie de sa plaie opératoire.

La lecture des observations rapportées ci-dessus entraîne la question suivante : par suite de quel processus une sténose pylorique ancienne peut-elle présenter de telles modifications dans le caractère du symptôme vomissements. Ces modifications peuvent, comme nous allons le voir, être provoquées par divers facteurs coexistants avec un rétrécissement du pylore, ces facteurs d'après leur nature rentrent dans trois groupes.

I°. — *Vomissements alimentaires précoces dus à une action mécanique, consécutive à une lésion organique.*

Un cancer encéphaloïde, formé de gros bourgeons irréguliers, ayant débuté au pylore qui est son siège de prédilection, peut surtout avec une prolifération active envahir très rapidement la totalité de l'estomac et remplir en grande partie sa cavité (CADE). Dès lors, celle-ci réduite aux dimensions d'une anse grêle se trouvera obligée de se vider immédiatement après l'ingestion de liquides ou d'aliments même pris en petite quantité.

Un tel envahissement néoplasique est suffisant pour expliquer l'existence de vomissements précoces, peu abondants, dans le cas d'une sténose du pylore.

La linite plastique, soit d'origine néoplasique

(BRINTON-PAVIOT et BRET) cas le plus fréquent, soit de nature inflammatoire : ulcus, syphilis gastrique, tuberculose même (PATELLA-PONCET-LERICHE) peut modifier les vomissements par les déformations gastriques qu'elle suscite.

Ici nous n'avons plus une tumeur végétante ; anatomiquement nous ne constatons que l'existence de plaques caractérisées par la dureté et la rigidité des tissus atteints, rappelant une cicatrice d'ulcus, tendant à envahir les parois de l'estomac et à transformer cet organe en un canal à parois dures, fibreuses, inextensibles, de la dimension d'un segment de l'intestin. Ce fait est du reste signalé par M. CADE en 1910 dans les *Archives des Maladies de l'appareil digestif* sous le titre : « Les Symptômes œsophagiens et pseudo-œsophagiens dans le cancer de l'estomac à forme de limite plastique ».

Dans de telles conditions, il n'est pas surprenant que la symptomatologie fonctionnelle, et en particulier les vomissements, se rapproche du tableau clinique d'une sténose œsophagienne. Toutefois « il est pratiquement impossible de trouver au creux épigastrique la zone normale de sonorité même après insufflation du viscère. L'estomac est très petit, ne dépassant pas pour ainsi dire les limites du squelette. De plus, si l'on pratique un cathétérisme, la distance de l'extrémité de la sonde à l'arcade dentaire oscille entre 0^m 55 et 0^m 60 au lieu de 0^m 40 à 0^m 45 dans les sténoses du cardia » (SOUPAULT). On constate également que la capacité de l'organe est fortement diminuée, dépassant rarement un demi-litre.

G. RASETTI (*Th. Lyon*, 1922) signale dans une observation l'existence de vomissements se produisant immédiatement après l'ingestion des aliments qui crée du reste des douleurs très vives, sans signes d'ectasie gastrique, sans qu'il soit possible de déceler des ondes péristaltiques ou du clapotage à jeun.

Dans ce cas le processus anatomique correspondait sensiblement à celui donné par des lésions de linite plastique. C'était une malade portant une sténose pylorique et des lésions étendues de la paroi stomacale consécutives à l'ingestion d'un liquide caustique.

L'existence de vomissements survenants peu de temps après les repas, coexistant avec une sténose fut signalée par M. CADE dans la *Revue de Médecine* (Octobre 1911). Ce mode de vomissement était dû à la présence simultanée d'une lésion pylorique et d'une compression gastrique résultant de l'hypertrophie des ganglions péri-pyloriques et particulièrement à l'hypertrophie des ganglions du hile du foie, quelquefois accompagnée de brides fibreuses, reliquat d'ancienne péritonite, tuberculeuse ou non, plus ou moins localisée.

II. — Vomissements alimentaires précoces résultants d'un mécanisme réflexe provoqué par une lésion pylorique.

La présence d'une sténose pylorique, associée ou non à un ulcus de la petite courbure, peut entraîner par mécanisme réflexe des modifications dans le caractère des vomissements.

A ce propos nous nous permettons d'emprunter le passage suivant de l'article de M. BOUCHUT : « La forme œsophagienne du cancer de l'estomac », parue le 5 avril 1920 dans le *Journal de Médecine de Lyon*.

Parlant de malades présentant des troubles fonctionnels, et en particulier des vomissements symptomatiques d'une sténose œsophagienne, l'auteur s'exprime ainsi : « De tels malades viennent consulter pour des troubles de la déglutition et à première vue l'estomac n'est pas en cause. Troubles de déglutition de date plus ou moins ancienne, caractérisés par des douleurs rétrosternales au moment de l'ingestion, une sensation d'arrêt du bol alimentaire dans la poitrine, l'obligation de boire ou de manger lentement, la fréquence des vomissements à type de régurgitation survenant au cours même du repas et parfois la possibilité pour le patient ainsi soulagé de déglutir plus aisément pendant les heures qui suivent. Ces sujets, en général très amaigris, ont souvent conservé l'appétit : ils souffrent de la faim et deviennent cachectiques surtout parce que insuffisamment nourris. Dans ces conditions on ne sera pas surpris que le diagnostic s'égare vers une sténose cancéreuse ou non de l'œsophage. D'autre fois c'est au spasme purement névropathique que l'on pense, comme il arriva dans l'observation d'EWALD où l'on traite pour névrose pure un cancer gastrique caché sous des symptômes œsophagiens ».

L'auteur continuant son exposé ajoute : « Ainsi de symptômes gastriques à proprement parler, il n'en est pas question : point de douleur à l'épigastre, point

de vomissements tardifs, point de périltisme ni de tumeur, seule la dysphagie occupe la scène et fait croire à une maladie de l'œsophage.

« C'est dans cet esprit, avec l'espoir de préciser le siège et la nature de la sténose ou du spasme, que l'on fait appel à la radioscopie. Elle va fournir des renseignements très précis, mais inattendus et qui achemineront le diagnostic dans une tout autre voie. Dès les premières bouchées, *la bouillie bismuthée s'arrête au cardia, remplit l'œsophage, le distend ; le malade doit cesser de boire sous peine de régurgitation*. Quelques instants s'écoulent, le bismuth pénétre dans l'estomac, il y pénètre d'un coup ou par éjaculations successives plus ou moins rapprochées. Maintenant l'œsophage est vide, l'estomac se dessine, on précise son siège, sa forme, ses contours, les contours de l'ombre et c'est alors qu'apparaît *l'image lacunaire révélatrice du cancer* jusque-là insoupçonné. Le siège en est variable : pylore chez deux de nos malades, région pré-pylorique chez deux autres, petite courbure chez le cinquième et face chez le sixième. »

Ainsi dans les deux tiers des cas observés par M. BOUCHUT, une lésion pylorique provoquait un spasme du cardia et l'affection se traduisait cliniquement que par des vomissements précoces, peu abondants, du type œsophagien.

PONCET relate des phénomènes analogues dans le cas d'un homme amaigri avec symptômes de dysphagie œsophagienne, à qui on pratique une laparatomie pour établir une fistule gastrique. L'estomac

étant découvert on trouve un cancer du pylore. Le malade ayant succombé l'autopsie montre un cardia et un œsophage sains.

Là encore une sténose pylorique avait entraîné un spasme du cardia et des signes œsophagiens.

Plusieurs auteurs ont rapporté de nombreux faits analogues, entre autre OSGOOD (*Boston. Med. Jour.*, 1889) et EWALD (*Berlin-Klin. Wochenschr.*, 1892).

La grossesse, les affections utéro-ovariennes coexistant avec une sténose du pylore peuvent entraîner aussi des modifications profondes dans le caractère des vomissements.

En ce qui concerne grossesse et rétrécissement pylorique, résultant d'un cancer ou d'un ulcus, SOUPAULT, puis BERTEJEAC (*Th. Paris*, 1888) rapportent dans plusieurs observations que la gravidité peut faire apparaître des vomissements, révélant un obstacle, jusque-là ignoré, dans le transit alimentaire. De plus, SOUPAULT admet qu'en présence d'une grossesse et de vomissements, la possibilité d'une lésion pylorique cachée sous ces symptômes doit toujours être envisagée.

III. — Vomissements alimentaires précoces résultant de phénomènes pithiatiques surajoutés à une lésion du pylore.

Ce sont les névropathes porteurs d'une lésion stomacale, pylorique ou autre, qui présentent les modifications les plus profondes des vomissements. A cela rien de surprenant, ces sujets, même indemnes de tou-

tes lésions organiques, ont souvent des vomissements incoercibles, pouvant dans certains cas, suivant M. BOUVERET, aller jusqu'aux hématemèses. Cette hypersensibilité de la muqueuse gastrique sera exacerbée lorsque celle-ci présentera la moindre lésion.

Les formes de vomissements les plus diverses peuvent se rencontrer, depuis la simple douleur au contact des aliments rendant l'estomac intolérant et provoquant le vomissement peu de temps après les repas, voire même pendant les repas, jusqu'à la forme grave avec intolérance absolue et tous les symptômes inquiétants de l'inanition : amaigrissement, perte de forces, décoloration de la peau et des muqueuses, refroidissement des extrémités, diminution de la sécrétion urinaire et des chlorures urinaires (de 2 à 3 grammes par 24 heures) forçant le malade à garder le lit.

Ces formes cliniques de sténose du pylore peuvent facilement égarer le diagnostic. En effet, la symptomatologie habituelle fait défaut ; par suite des vomissements incessants il devient impossible de déceler du clapotage à jeun et la présence d'ondes péristaltiques, la douleur ne présente pas de caractère particulier. Les vomissements, d'autre part, revêtent ce caractère de précocité dans nombre d'affections. MM. BOUCHUT, puis GUÉRIN (1), ainsi que CAILLÉ en décrivent une forme analogue dans l'ulcus de la petite courbure ; il en est de même dans une sténose du cardia ou de l'œsophage ayant entraîné au-dessus

(1) Thèse de Lyon.

d'elle une dilatation notable de ce dernier organe, ainsi que l'a signalé M. SARGNON dans le *Journal de Médecine de Lyon* (5 mars 1921).

La présence de vomissements à forme œsophagienne ne doit pas non plus faire écarter d'emblée le diagnostic de lésion du pylore, car cette dernière peut engendrer un spasme du cardia.

Mais c'est chez les névropathes, par suite de leur hyperesthésie qui modifie profondément les symptômes de toutes affections qu'il importe de déterminer d'une façon précise l'origine des vomissements, on évitera ainsi des erreurs graves comme celle signalée dans l'observation I.

En résumé, la présence de vomissements, quel que soit leur caractère, doit éveiller l'idée de l'existence possible d'un rétrécissement pylorique. Dans les cas où par suite de vomissements précoces la symptomatologie habituelle fait défaut, seul l'examen radioscopique permettra de déceler une sténose pylorique et inversement d'éviter l'erreur de croire à une lésion inexistante en présence de vomissements chroniques tenant en réalité à une névrose.

Chez les névropathes, il est vrai, l'examen radioscopique devra s'accompagner de certaines précautions pour éviter l'écœuil signalé par M. BÉRIEL : « Il arrive souvent que l'examen décèle un estomac grand ou abaissé, on sait que cet état est compatible avec un bon fonctionnement, mais pour les malades il est toujours le symbole de l'inquiétante « *dilatation* », l'indice « *d'une maladie d'estomac* ».

« Or, il est fréquent dans ce cas de voir une radioscopie pratiquée après un repas bismuthé devenir entre les mains du malade (qui la conserve précieusement) une source de suggestions éminemment défavorables, elle demeure pour lui un document auquel il attribue une valeur absolue en raison de son apparence scientifique... »

Quoi qu'il en soit, en présence de vomissements alimentaires survenant peu de temps après les repas, il importe bien d'en déterminer l'origine vraie. Seul, en l'absence d'autres symptômes, l'examen radioscopique fournira des renseignements exacts ; il devra être systématiquement pratiqué, on évitera ainsi de nombreuses erreurs.

CHAPITRE III

Sténoses pyloriques sans vomissements.

Dans les observations rapportées ci-dessous ayant trait à des sténoses cancéreuses, le tableau clinique du rétrécissement pylorique, conservé du reste dans son ensemble, présente une particularité paradoxale : l'absence de vomissements.

Ce sont des malades n'ayant souvent pas de passé gastrique appréciable, accusant comme premier symptôme des douleurs légères, vagues, sans caractère bien défini, survenant après l'ingestion d'aliments sans pourtant que ce soit un fait constant. Ces douleurs sont très tolérables et n'obligent en rien le malade à modifier ni ses occupations, ni son alimentation.

Sur ces simples données, il n'est pas possible d'établir le diagnostic de sténose du pylore. Il est vrai que l'examen du malade à jeun, lorsqu'il est pratiqué, peut mettre sur la bonne voie. Cet examen permet de déceler du clapotage gastrique, le tubage ramène des résidus de digestion contenant des féculents et

des aliments ingeres la veille. La présence d'ondes peristaltiques et surtout la constatation radioscopique du retard considerable dans l'évacuation de la bouillie bismuthée permettent à eux seuls d'affirmer l'existence d'une lésion pylorique sténosante.

Ce n'est qu'à une période beaucoup plus avancée de l'évolution de la stenose que le caractère des douleurs change. Ce sont des douleurs atroces, s'irradiant dans l'abdomen et le dos, atteignant un maximum dans certaines attitudes, variables d'ailleurs avec les malades. L'ingestion d'aliments n'a aucun rapport avec ces phénomènes douloureux qui se présentent aussi bien à jeun qu'après un repas abondant. L'état général du malade est de plus en plus déficient : ce dernier doit suspendre toutes ses occupations, se cachectise et évolue vers une issue fatale.

C'est au début de l'affection qu'il importe, malgré l'absence de vomissements, de penser à une stenose pylorique dont l'existence sera contrôlée par l'examen radioscopique. A cette époque le diagnostic de rétrécissement du pylore suivi d'une intervention chirurgicale est du plus grand intérêt pour le malade.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé-SAVY,
Médecin des Hôpitaux

Clapotage à jeun. Retard d'évacuation à la radioscopie. Pas d'ondes péristaltiques.

Pas de vomissements alimentaires.

INTERVENTION. — *Néoplasme pylorique très nettement sténosant.*

A. AIMÉ, 49 ans, cultivateur.

Entre à l'Hôtel-Dieu, le 17 octobre 1921, pour des troubles digestifs.

Antécédents. — Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Pas de spécificité ni d'éthylisme actuel.

Il souffre de l'estomac *depuis six ans environ* ; mais, pendant longtemps, il s'agissait de douleurs survenant après les repas, sans aucuns rapports avec l'heure de ces derniers, jamais la nuit et surtout elles n'apparaissaient que par intermittence, pouvait travailler et s'alimentait convenablement.

Depuis un mois, les douleurs sont continues ; le malade souffre à jeun autant qu'après avoir mangé ; après avoir bu du lait, autant qu'après un repas copieux. Autre particularité : il ne peut se tenir couché, et c'est dans la position assise qu'il éprouve le maximum de douleurs.

IL N'A JAMAIS VOMI SES ALIMENTS, toutefois, à deux reprises différentes, il aurait rendu, la nuit, du liquide aqueux renfermant des particules noirâtres, qu'il compare à du « boudin ». Dans le service, il a de petites hématomèses marc de café, suivies de mœna, mais toujours sans vomissements alimentaires.

A l'entrée. — L'examen révèle de la contracture de la paroi, qui empêche toute palpation profonde. On constate du clapotage à jeun, pas d'ondes péristaltiques, et un retard notable d'évacuation à la radioscopie.

L'aspect est cachectique, mais il faut tenir compte de l'inanition jointe à la douleur. L'appétit est conservé.

10 Octobre. — Le malade passe dans le service du Docteur DELORE, pour une intervention.

Laparatomie sus-ombilicale. Néoplasme pylorique très nettement sténosant. Tumeur très mobile, qui devra être enlevée en un deuxième temps.

PREMIER TEMPS : Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton, très loin de la tumeur. Estomac un peu épaissi, surtout très dilaté. Quelques ganglions le long de l'artère pylorique.

27 Octobre. — DEUXIÈME TEMPS : Nouvelle laparatomie. Résection gastro-pylorique sans incidents, avec suture des deux tranches à trois plans de cat-gut.

Sur la pièce, la tumeur a diminué un peu ; il s'agit probablement d'un cancer.

4 Mars 1922. — Le malade se présente à la visite. Il se porte très bien, possède un état de santé parfait.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé SAVY

Troubles dyspeptiques persistants depuis un an, avec douleurs vives, surtout nocturnes.

Amaigrissement et anorexie.

Petite masse perceptible à droite de l'ombilic.

Signes de sténose pylorique : stase alimentaire constatée par le tubage à jeun et absence d'évacuation du bismuth, constatée à la radioscopie plus de six heures après son ingestion. Pas de vomissements.

La malade refuse l'intervention.

B... CATHERINE, 69 ans, blanchisseuse.

Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Chavanne, le 13 février 1922, pour des troubles gastriques et intestinaux.

Antécédents. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Il en est de même pour les antécédents personnels. A eu 15 enfants ; nie l'éthylisme et la spécificité.

Il y a une quinzaine d'années, la malade aurait été soignée pour une gastrite, mais l'affection actuelle remonte à un an.

En se levant, la malade avait labouche pâteuse, crachait quelques glaires et tout se calmait dès qu'elle prenait une boisson chaude.

A l'entrée. — Le malade se plaint d'anorexie, d'aigreurs, de pesanteurs, mais surtout de *douleurs violentes* en ceinture, survenant généralement au cours de la nuit, s'irradiant à l'abdomen, dans le dos et entre les deux épaules.

Il n'y a jamais eu d'hématémèses ni de melœna, et la MALADE N'A JAMAIS VOMI. *L'amaigrissement* est très accentué.

Le diagnostic de sténose du pylore s'établit sur les éléments suivants :

1° Le tubage à jeun retire du liquide en très grande quantité, renfermant des matières alimentaires ingérées les jours précédents ;

2° A la radioscopie, l'estomac dont le bas-fond descend au-dessous de l'ombilic, renferme encore, six heures après, la totalité du bismuth ingéré.

On ne voit pas d'ondès péristaltiques, mais au moment des douleurs nocturnes, la malade a la sensation d'une boule épigastrique qui se tendrait et se déplacerait.

La palpation révèle une petite masse à droite de la région ombilicale, qui paraît en rapport avec un néoplasme.

Le chimisme gastrique donne les résultats suivants :

HCl libre	0
Acidité totale	1,42
Acide lactique	Pas de réaction nette.

25 Février — On propose à la malade une intervention qui est refusée

Nous avons expliqué dans le premier chapitre par suite de quel mécanisme l'absence de vomissements est de règle dans les sténoses du pylore, mais seulement au début de l'affection. Absence qui persiste aussi longtemps que le muscle stomacal conserve une énergie contractile suffisante pour vaincre la résistance de l'obstacle qui s'oppose au passage du chyme.

Mais dans une sténose ancienne, où l'estomac fatigué se laisse distendre, il est beaucoup plus rare de constater l'absence de vomissements. M. BOUVERET admet qu'une sténose pylorique ancienne ne saurait exister sans se traduire par de grands vomissements alimentaires de stase. Pourtant les deux observations ci-dessus nous apportent la constatation d'un fait qui, au premier abord, peut paraître paradoxal. Comment un récipient inerte, dont l'élasticité a une limite, ne possédant pratiquement plus qu'un seul orifice, peut-il se remplir continuellement sans jamais déborder ni se rompre ?

Différentes hypothèses s'offrent à l'esprit pour expliquer ce phénomène.

En premier lieu nous envisagerons le cas où la sténose pylorique serait la conséquence d'un cancer encéphaloïde. A ce sujet M. le professeur PAVIOT signale dans son *Précis de Diagnostic Médical et de Séméiologie* que : « le grand vomissement avec résidus alimentaires anciens ayant conduit, avec l'ensemble des autres signes, à un diagnostic de sténose cancéreuse du pylore, a pu disparaître parfois d'un coup ; il n'y a pas pour cela à rectifier trop prématurément le diagnostic de cancer du pylore, car il semble qu'il y

a des cas certains où l'ulcération et l'élimination partielle de la tumeur saillante ont pu améliorer provisoirement le transit du bol alimentaire et conséquemment la nutrition générale. »

On peut admettre que la pression du contenu stomacal renforcée par le peu d'énergie contractile restant à cet organe, agissant sur une tumeur de grande friabilité, en élimine de temps à autres des fragments, rétablissant ainsi plus ou moins la perméabilité pylorique. Le transit du bol alimentaire ainsi périodiquement rétabli, évitera les vomissements. Dans ce cas il n'y aurait pas de troubles graves dans la nutrition du sujet et tout se bornerait aux phénomènes de cachexie cancéreuse.

Ce fait n'est pas spécial au cancer du pylore, mais il s'observe également dans certains cancers œsophagiens où la dysphagie peut faire défaut d'une façon absolue ou relative (CADE. Cancer de l'œsophage à forme gastrique).

Une sténose néoplasique secondaire à un ulcus pylorique peut aussi ne pas donner de vomissements, mais à condition que ce cancer soit peu hyperplasique et qu'il se borne à former autour de la région pylorique un anneau fibreux, rigide, conservant pourtant une faible lumière.

Chez d'autres sujets porteurs d'une sténose ancienne l'absence de vomissements est imputable à la persistance de l'énergie contractile de l'estomac. Ce dernier, par suite de causes inconnues, résiste plus longtemps que normalement à la distension, réagit et

par des contractions énergiques arrive à force l'obstacle pylorique.

La réduction volontaire de l'alimentation peut faire disparaître les vomissements. Pour éviter des douleurs atroces le malade se contente d'absorber que des liquides ou des potages qui peuvent évacuer l'estomac par la moindre fissure subsistant au pylore.

Mais il est une autre grande cause qui intervient, seule ou surajoutée aux précédentes, pour éviter les vomissements : c'est l'absence de spasme gastrique.

Nous savons que les spasmes gastriques, en dehors des spasmes normaux, sont sous la dépendance de la douleur. Or, dans les lésions cancéreuses il est indéniable que ce symptôme est réduit au minimum (tant qu'il n'y a pas de généralisation), ce qui explique l'absence de vomissements dans les observations rapportées ci-dessus où la sténose est d'origine néoplasique.

Au point de vue diagnostic l'absence de vomissements n'a pas une importance capitale. Les symptômes cardinaux de la sténose pylorique : clapotage à jeun, liquide de stase retiré à la sonde, ondes péristaltiques se retrouvent et sont suffisants, même sans le secours de la radioscopie, pour préciser le diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — Dans les sténoses pyloriques anciennes on observe fréquemment le vomissement de stase caractérisé par la présence d'une grande quantité de liquide et d'aliments ingérés plusieurs heures ou plusieurs jours auparavant.

II. — En dehors de ce type normal, il existe d'autres variétés où le symptôme vomissement ne présente nullement le caractère précédent.

III. — Quelquefois le vomissement dans la sténose du pylore est défiguré, méconnaissable, atypique, survenant précocement après les repas comme dans les affections de l'œsophage, certains états névropathiques ou la grossesse.

IV. — Dans d'autres cas les vomissements ne présentent aucun caractère spécial. Ils sont du type alimentaire, analogues à ceux que l'on montre dans les affections gastriques douloureuses.

V. — Il existe des cas relativement fréquents de sténoses pyloriques anciennes où les vomissements font défaut. L'absence de ce symptôme ne permet donc pas d'éliminer le diagnostic de rétrécissement du pylore.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
VILLARD.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Avril 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD, DEBOVE, CASTAIGNE. — Manuel des Maladies du tube digestif.

BECLÈRE et MÉRIEL. — Rapport au Congrès de Chirurgie, 1912.

BÉRIEL et CHOLET. — Sur la radioscopie de l'estomac dans les gastropathies nerveuses. (Communication au XXIII^e Congrès des Aliénistes. Le Puy, 1^{er} août 1913.)

BENTEJEAC. — *Thèse*, Paris, 1888.

BOUCHUT. — La forme œsophagienne du cancer de l'estomac. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 avril 1920.)

Le pyloro-spasme avec syndrome de rétention dans l'ulcère de la petite courbure. (Communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le 19 octobre 1920.)

Les troubles du fonctionnement pylorique dans l'ulcère de la petite courbure. (*Lyon Médical*, 10 mars 1922, page 210.)

BOURGEOIS et LENORMAND. — Précis de pathologie chirurgicale, 1909.

BOUVEND C.-S. — Recherches sur le vomissement, Paris, 1802.

BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.

CADÉ. — Les symptômes œsophagiens et pseudo-œsophagiens dans le cancer de l'estomac à forme linitique. (*Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1910.)

La forme gastrique du cancer œsophagien. (*Lyon Médical*, 1922.)

Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.

- CADÉ et MORÉNAS. — Ulcère gastrique d'origine spécifique.
(*Journal des Maladies de l'estomac et de l'intestin*.
Tome XII, 1922, n° 2.)
- CANNON. — Mechanical factor of digestion, 1911.
- CARNOT. — Les mouvements de l'estomac, du pylore et du bulbe duodénal. (*Paris Médical*, n° 29, juin 1913.)
- CHAPELON L. — Les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. (*Thèse*, Lyon 1922.)
- COURBÈS J. — Le syndrome atonique des voies digestives chez les nerveux. (*Thèse*, Lyon 1921.)
- DELORT M. — Diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum. (*La Vie Médicale*, 21 janvier 1921.)
- DUCCHESHI. — Sulla fuzioni motrici dello stomato. (*Arch. p. l. Soc. Méd.* Tome XXI. Page 121.)
- GLAY. — Eléments de physiologie, 1918.
- GLÉNARD. — *Thèse*, Paris 1913.
- GUÉRIN. — Les ulcus juxta-cardiaques de l'estomac. (*Thèse*, Lyon 1920.)
- HEYROWKY. — Pneumogastrique et spasme gastrique. (*Wiener Klin. Woch*, 1912, n° 38.)
- LECLERC et GARDÈRE. — Sténose pylorique tuberculeuse. (Communication à la Société de Médecine de Lyon, 1910.)
- MATHIEU, SENGERT et TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac.
- MICHEL. — La forme œsophagienne du cancer de l'estomac. (*Thèse*, Lyon 1919.)
- NEUDORFER. — Pylorospasme et ulcère ventriculaire. (*München medizinsche Wochenschrift*, 8 avril 1913.)
- NEYRET J. — Contribution à l'étude des spasmes de l'estomac. (*Thèse*, Lyon 1921.)
- PALTAUF. — Pneumogastrique et spasmes gastriques. (*Wiener Klin. Woch*, 1908.)
- PATELLA. — Delle stenosi piloriche ner tubercolosi. (C. R. Cong. contre la tuberculose, page 353, Naples 1901.)
- PAVIOT. — Syndrômes gastriques et tuberculose. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1922.)
- Précis de diagnostic médical.

RAMOND. — Le spasme du pylore. (*Presse Médicale*, 5 mai 1920).

— Douleurs tardives au cours des maladies de l'estomac. (*Presse Médicale*, 1921.)

RAMOND et CLÉMENT. — Spasme pylorique continu et dilatation gastrique. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris.)

RASETTI G. — Etude sur les sténoses du pylore consécutives à l'ingestion de liquide caustique. (*Thèse*, Lyon 1921.)

SANTY P. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps, de l'estomac et des estomacs biloculaires par ulcus. (*Thèse*, Lyon 1914.)

SARGNON. — Le Mégacœsophage. (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mars 1921.)

SAVY. — Considérations pratiques sur le diagnostic de l'ulcère de l'estomac. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1921.)

— Les fausses affections viscérales par péritonite adhésive primitive. (*Journal de Médecine de Lyon*, 29 juillet 1922.)

— Précis de pratique médicale.

SOUPAULT. — Maladies de l'estomac.

TIMBAL. — Les troubles du fonctionnement pylorique dans l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. (*Paris Médical*, 1^{er} avril 1922.)

TRECHTCHCKOV. — Contribution à l'étude du cardiospasme. (*Thèse*, Paris 1913.)

VILLARD E. — Des rétrécissements inflammatoires du pylore et spécialement des formes tuberculeuses. (*Lyon Chirurgical*, 1909.)

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Chapitre I. — Symptomatologie générale des vomissements dans la sténose du pylore	13
Chapitre II. — Les vomissements précoces	19
Chapitre III. — Sténoses pyloriques sans vomissements.....	35
Conclusions	43
Bibliographie.....	45
